

# Organizzare la formazione sul campo. Metodi, modelli ed esperienze

Amelia Marzano\*, Giuseppe Parisi

SIPeM, Trento, Italia. \*E-mail: [ameliamarzo81@gmail.com](mailto:ameliamarzo81@gmail.com)

---

## ABSTRACT

*Introduction.* CME has the aim of providing the best possible health care for patients and it is based predominantly on lectures or oral presentations; however many studies have demonstrated gaps between real and ideal performance suggesting a lack of effect of CME, at least in its formal methods. Interactive techniques have increased potential for positively changing practice and, on occasion, outcome of patients. We describe a learning methodology which could be named “Workplace-based learning” and particularly the so called “Improvement group” which seems particularly useful in healthcare where changing practice is often necessary for better outcomes.

*Contribution.* The CME provider in the province of Trento uses workplace-based learning and “Improvement group” methodology since 2005. This form includes activities and strategies which tend, though still rigorously monitored, to be more under the control of the learner, it offers opportunities to reflect on the work, and involves learner and teams who are not considered merely recipients of information anymore, thus more aptly producing relevant knowledge and new solutions to problems. New suggestions for CME providers in order to enrich their toolbox about medical education are offered.

*Conclusions.* The high numbers of projects prove that workplace-based learning is feasible; it is also good in method and quality, even if projects were partly left in the hands of workers unspecialized in teaching and learning.

Nevertheless the authors don't want to promote workplace-based learning as unique; the suggestion is to use it next to the other forms, each with its own specificity.

**Key-words:** Medical education, CME, workplace-based learning, improvement group, practice change, evaluation.

---

## RIASSUNTO

Si descrive il “gruppo di miglioramento”, tipologia di Formazione sul Campo implementata presso un servizio formazione e fortemente ancorata alla soluzione dei problemi nei contesti lavorativi. Si dimostra che è fattibile - gli ECM attribuiti hanno raggiunto e superato quelli della formazione tradizionale - e di qualità, se ne illustrano le importanti ricadute positive sul singolo e sulle organizzazioni.

**Parole chiave:** Formazione medica, ECM, formazione sul campo, gruppo di miglioramento, cambiamento della pratica, valutazione.

---

## 1. PREMESSA

L'Educazione Continua in Medicina (ECM) è uno degli strumenti attraverso cui il professionista sanitario si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario e al proprio sviluppo professionale [1]; l'ECM è un sistema organizzato, presente in molti paesi, ed è attiva in Italia dal 2002. È nata prevalentemente come educazione tradizionale (partecipazione a corsi, convegni, seminari e altro), organizzata da istituzioni pubbliche o private accreditate e legata ad obiettivi di apprendimento "semplici", quali il mantenimento di conoscenze e abilità; nel tempo si è andata evolvendo, puntando al raggiungimento di obiettivi di miglioramento delle prestazioni e verso livelli più elevati della semplice acquisizione di conoscenze [2].

Ancora oggi però è difficile mettere a disposizione del professionista sanitario una formazione che offra eventi al contempo significativi, in successione logica, a complessità crescente e coerenti con il contesto in cui opera singolarmente o in équipe [3]; per non parlare dei carichi di lavoro che lasciano sempre meno tempo a disposizione della formazione. Già con questi limiti la formazione rischia di essere più occasionale che continua; inoltre non sembra neppure funzionare come dovrebbe e molta letteratura, che ha analizzato prevalentemente l'educazione tradizionale, evidenzia lo scarto tra teoria e pratica, indicando come la strada del trasferimento delle conoscenze alla pratica sia tortuosa e non esista, in altre parole, un rapporto lineare tra la formazione effettuata e i suoi effetti [4,5].

Dalla letteratura si evince che, soprattutto quelle attività formative che pongono il partecipante in un ruolo passivo, hanno scarsa efficacia nel modificare la pratica professionale [2,6,7,8], mentre quelle che coinvolgono i partecipanti, in particolare workshop interattivi, audit e feedback, possono migliorare la pratica professionale e, talvolta, gli *outcome* clinici, pur in maniera variabile [6,7].

L'apprendimento, soprattutto dell'adulto, è legato in particolare a tre elementi: problemi concreti da risolvere, interattività, coinvolgimento diretto in contesti organizzativi favorevoli [9]; l'esigenza formativa dovrebbe scaturire direttamente dall'am-

biente di lavoro e nello stesso trovare risposta.

In effetti, la Commissione Nazionale ECM ha promosso, fin dal 2003, una nuova tipologia formativa definita Formazione sul Campo (di seguito FSC) che va ad integrare l'educazione tradizionale, sostanzialmente assimilabile alla Formazione Residenziale (di seguito FR).

Questa tipologia, come suggerisce il nome, è ancorata al contesto lavorativo, non è disgiunta dalla pratica clinica e non si configura come un di più rispetto ad essa, ma vi si integra totalmente affondando le proprie radici nelle teorie dell'apprendimento dell'adulto sopracitate; inoltre, più che su obiettivi di conoscenza, si focalizza sulle competenze, sulle prestazioni e sugli esiti di salute dei pazienti [10].

Il fatto che le attività sul campo siano coerenti con le raccomandazioni derivate dalle teorie dell'apprendimento dell'adulto e che in letteratura ne vengano enfatizzati aspetti positivi, dovrebbero stimolare i provider ECM all'utilizzo di tutte quelle metodologie che prevedono il coinvolgimento attivo dei partecipanti e che possono essere definite come FSC.

Si ricorda però che queste conclusioni, in linea di principio ineccepibili e condivisibili, non sono definitive e il dibattito è ancora aperto su varie questioni. Innanzitutto alcuni esiti negativi della formazione residenziale riportati in letteratura potrebbero essere legati alle modalità di valutazione adottate. In particolare uno studio [11] elenca alcuni "difetti" della valutazione della formazione che potrebbero farla apparire falsamente inefficace. In primis la centratura della valutazione **sull'individuo** perché trascura gli aspetti sociali del cambiamento e quindi i modi in cui i cambiamenti vanno valutati specie in un ambito complesso come quello sanitario [12] in cui i professionisti non sono mai attori solitari [13]. Una valutazione di impatto sulla qualità dell'assistenza di un percorso formativo che coinvolga una intera unità operativa potrebbe essere più appropriata.

Inoltre, generalmente la valutazione è **astorica** e **acontestuale**, mentre il cambiamento è sempre il prodotto di diversi fattori causali e comunque di una serie di forze che, in momenti diversi, possono operare in direzioni opposte [14]. Un monitoraggio nel tempo dei risultati di un progetto formati-

vo potrebbe dare una valutazione più fedele degli apprendimenti.

Ancora, si trattano i partecipanti come **contenitori** di informazioni invece di agenti che, in prima persona, ricercano attivamente conoscenze e informazioni per il proprio aggiornamento e sviluppo professionale. Motivare i professionisti alla ricerca individuale o di gruppo di informazioni e soluzioni a problemi contestuali può dare apprendimenti significativi.

Infine, una valutazione della formazione che si basi solo sulla capacità di influenzare direttamente la pratica potrebbe essere riduttiva perché la formazione non è il solo fattore che influenza il cambiamento attraverso le fasi descritte da Moore [15].

Sul tema della valutazione degli esiti, da sempre “area grigia” della formazione, il dibattito rimane quindi aperto.

Il secondo tema su cui il dibattito è aperto riguarda il fatto che la FSC necessita di sofisticati metodi e strategie per funzionare in quanto l'apprendimento sul campo non avviene semplicemente lavorando [16].

La FSC deve nascere da riflessione intenzionale e organizzata [17], essere ben pensata e progettata, monitorata nel tempo, basarsi sulla ricerca di soluzioni a problemi reali da parte dei professionisti, avere come obiettivo la soluzione di problemi e non essere vincolata a modelli meccanicistici “input-output”, ricordando che la valutazione del cambiamento organizzativo è valida almeno quanto quella dell'apprendimento [18].

Da queste considerazioni emerge la necessità di mantenere elevato il livello di riflessione sulla formazione e il presente articolo, portando l'esperienza di dieci anni del Servizio Formazione di Trento relativamente alla FSC, tipologia che esemplifica meglio l'evoluzione dell'ECM in questi ultimi anni, va in questa direzione. A nostro giudizio, il “Gruppo di miglioramento”, il cui nome racchiude l'idea del cambiamento che si vuole perseguire, rappresenta il metodo formativo più caratteristico della FSC, in quanto emblematico della formazione situata nell'ambiente di lavoro e anche stimolante per i formatori dal punto di vista del metodo. Di questa modalità quindi si tratterà approfonditamente.

## 2. L'ESPERIENZA

L'azienda sanitaria di Trento, con i suoi 8.273 dipendenti, ha competenze su tutto il territorio provinciale e un bacino di 530.000 abitanti. Il Servizio Formazione può contare su uno staff di 9 formatori, 7 segretari e 2 addetti alla logistica.

Il Servizio Formazione, dal 2005, ha adottato le tipologie di FSC previste dal sistema ECM nazionale affiancandole alla FR (cfr. Tabella 1).

Primo gruppo	Gruppi di miglioramento Audit Commissioni Ricerca
Secondo gruppo	Training individualizzato Tirocinio Stage
Terzo gruppo*	Aggiornamento monotematico/caso clinico

\* Presente solo nel programma di Trento

**Tabella 1.** Tipologie di FSC.

Un'attività non prevista, ma introdotta a Trento nel 2007, è l'Aggiornamento monotematico/caso clinico, nato per rispondere ad esigenze formative non prevedibili e indifferibili delle diverse Unità Operative (di seguito UO). È inquadrato e accreditato come FSC pur avendo le caratteristiche della FR, perché la progettazione e la gestione sono lasciate sostanzialmente in capo alle UO. In considerazione del numero dei profili professionali sanitari, questa tipologia copre fabbisogni formativi altrimenti irraggiungibili in un'Azienda sanitaria grande come quella di Trento.

Il volume degli eventi di FSC nei dieci anni trascorsi è stato di 2321 (tabella 2) e, escludendo gli aggiornamenti monotematici assimilati alla formazione residenziale per le considerazioni sopracitate, rimangono 678 eventi di cui 293 Gruppi di miglioramento. La crescita della FSC è stata continua e progressiva fino a quando, nel 2015, i crediti attribuiti con la stessa hanno superato quelli attribuiti con la residenziale e la FAD insieme (Tabella 3).

Tipologia	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	tot
Gruppo miglioramento	30	35	26	37	28	40	42	18	17	20	293
Audit clinico	0	2	0	1	2	5	1	2	1	0	14
Stage/tirocinio	12	30	20	29	24	65	56	38	47	50	371
Aggiornamento monotematico	.*	36	147	188	222	226	230	205	185	204	1643

\*non eseguito

**Tabella 2.** Numero di progetti approvati.

Tipologia formativa	Crediti ECM 2015	Crediti ECM 2016
FR +	57.000 +	47.800 +
FAD	16.000 =	28.000 =
<b>Totale Crediti</b>	<b>73.000</b>	<b>75.800</b>
FSC		
<b>Totale crediti</b>	<b>99.000</b>	<b>102.000</b>

FR= Formazione Residenziale; FAD= Formazione e distanza

**Tabella 3.** Il “sorpasso” della FSC rispetto alla formazione tradizionale.

Se i *gruppi di miglioramento* sembrano pochi, si ricorda che sono laboriosi da organizzare e impegnano per una durata di un minimo di alcune settimane fino ad un massimo di due anni.

L'*audit clinico* è decisamente poco rappresentato forse per la struttura elaborata e rigida, con pochi margini di libertà per i partecipanti e quindi poco *learner friendly*.

Per quanto riguarda lo stage/tirocinio, si sottolinea che i numeri riguardano i progetti e non le edizioni che, in questa tipologia, possono anche essere numerose.

Qui di seguito la descrizione più in dettaglio del gruppo di miglioramento.

*“Per partecipazione a gruppi di miglioramento si intendono attività per lo più multiprofessionali e multidisciplinari organizzate all'interno del contesto lavorativo con la finalità della promozione alla salute, del miglioramento continuo di processi clinico-assistenziali, gestionali o organizzativi, del conseguimento di accreditamento o certificazione delle strutture sanitarie. In essi l'attività di apprendimento avviene attraverso la interazione con un gruppo di pari” [1].*

A Trento, la Commissione ECM ha integrato la suddetta definizione sottolineando come questa tipologia formativa debba essere finalizzata al miglioramento della qualità in tutte le sue dimensioni ed evidenziando alcune attività da tenere presenti: la documentazione, la ricerca bibliografica, la redazione di documenti e procedure, la valutazione dell'impatto dell'intervento formativo.

Descriviamo il **processo di progettazione, implementazione e attuazione** di un gruppo di miglioramento.

Il responsabile del progetto, che spesso è un professionista operativo, una volta identificato il problema da trattare con la FSC, propone al Servizio Formazione un progetto, facendosi carico della stesura, identificando obiettivi, partecipanti, fasi e tempi di lavoro e modalità di valutazione degli esiti così come previsto dallo specifico format. Accade anche che un operatore porti all'attenzione del Servizio Formazione un problema da risolvere con la formazione pensando ad un percorso residenziale, e che sia invece il Servizio Formazione che suggerisca, in alternativa, un gruppo di miglioramento come tipologia formativa più adeguata.

La prima stesura, supervisionata dal Servizio Formazione con particolare attenzione alla coerenza tra gli obiettivi e i cambiamenti previsti, le fasi e i tempi di lavoro, viene valutata da parte di un apposito comitato presieduto dal responsabile del Servizio Formazione e costituito da professionisti sanitari che, oltre ad avere competenza ed un forte interesse alla formazione, appartengono a discipline e profili professionali diversi. Quest'ultima caratteristica si rivela utile particolarmente quando ci sono dubbi sulla coerenza del progetto con gli obiettivi aziendali e le diverse culture professionali.

Titolo	Durata	Struttura proponente	Figure coinvolte
Implementazione della tecnica DIBH (Deep Inspiration Breath Hold) presso l'UO di Radioterapia	4 mesi	TSRM	TSRM Medico Fisico
Verifica e revisione della Qualità della documentazione clinica nelle UO di degenza dell'Ospedale di Trento	2 anni	Direzione sanitaria ospedaliera	Medico Infermiere Infermiere pediatrico Ostetrica Farmacista
Revisione dei processi clinico-assistenziali e organizzativi per l'implementazione delle Telemedicine nell'UO di Cardiologia	10 mesi	Coordinatrice della UO di Cardiologia Trento	Medico Infermiere
Elaborazione delle linee di indirizzo aziendali per la gestione del paziente che rifiuta la trasfusione in regime di elezione e urgenza	2 anni	Dipartimento anestesia/rianimazione, Direzione Sanitaria Aziendale	Medico Infermiere
La re-irradiazione: approfondimento e sviluppo di una tematica complessa e di attualità in Protonterapia attraverso la creazione di un percorso clinico-terapeutico	1 anno	Direzione UO Protonterapia	Medico Fisico TSRM Infermiere Biologo

**Tabella 4.** Gruppi di miglioramento esemplari.

Una volta che il comitato ha dato parere positivo o ha suggerito modifiche e dopo un breve iter amministrativo (accreditamento e invio della documentazione al responsabile), il progetto può avviarsi. Il responsabile ha il compito di stimolare e guidare il lavoro dei partecipanti, attribuire responsabilità, e lavorare sulla trasferibilità preoccupandosi delle ricadute; inoltre provvede alla relazione finale e può proporre crediti aggiuntivi per i partecipanti che abbiano dato un contributo particolarmente significativo.

Ci sembra interessante elencare alcuni titoli di Gruppi di miglioramento scelti tra i tanti presentati (cfr. Tabella 4).

Delineato a grandi linee il processo, descriviamo il format utilizzato nella stesura di un progetto di un gruppo di miglioramento. Messo a punto in incontri formalizzati tra formatori esperti del Servizio Formazione e alcuni membri della commissione provinciale ECM sulla base dei principi dell'apprendimento dell'adulto e del miglioramento continuo della qualità [9,17], lungi dall'essere un documento amministrativo, costituisce lo strumento guida per la stesura dei progetti di FSC.

La Tabella 5 ne descrive i punti salienti.

Nel primo punto si chiede al responsabile una definizione del problema e delle ragioni motivo del progetto, un'attenta analisi della realtà lavorativa e il possibile impatto sull'organizzazione.

Le fasi di lavoro sono descritte nella tabella 6. Devono essere almeno tre e, per ognuna, devono essere identificati i ruoli (responsabile, partecipanti, esperti, tutor) e le ore previste per singolo ruolo. La durata può estendersi fino ad un massimo di due anni. Infine il responsabile indica le modalità con cui intende valutare i risultati finali.

### 3. RISULTATI E RIFLESSIONI VALUTATIVE

Dalla descrizione dell'esperienza colpisce il numero dei progetti presentati, che dimostra come le scelte organizzative e gestionali abbiano colto nel segno. Infatti un Servizio Formazione non sarebbe riuscito con le proprie forze a progettare una simile mole di eventi e, se lo avesse fatto, avrebbe perso comunque una delle caratteristiche fondanti la FSC: partire dalle esigenze dell'operatore.

A nostro avviso la strategia che ha portato a questo risultato è stata quella di tenere il giusto equilibrio

Premessa ed obiettivi generali	A partire dall'analisi del contesto, dare un'accurata definizione del problema e delle motivazioni del progetto Indicare il risultato complessivo che si intende raggiungere Indicare l'impatto sull'organizzazione
Obiettivi specifici	Gli obiettivi devono risultare congruenti con le fasi di lavoro, con le azioni ed i tempi individuati e coerenti con il problema e gli obiettivi generali
Ricadute formative	Acquisizione e/o miglioramento di abilità pratiche, competenze organizzative, relazionali. Capacità nell'utilizzo di tecnologie e strumenti ...
Fasi di lavoro e tempi	Vedi tabella 6
Valutazione finale	Elencare uno o più strumenti o criteri di valutazione
Valutazione di apprendimento	Dichiarare la modalità utilizzata per la valutazione di apprendimento individuale dei partecipanti

**Tabella 5.** Contenuti del format.

Fasi di lavoro	Descrizione delle attività
Fase di analisi e studio	Studio individuale o di gruppo, approfondimento teorico condotto o meno da un esperto, ricerca bibliografica, analisi del contesto
Individuazione di correttivi/strategie di intervento	Lavoro in gruppo per decidere strategie o azioni per affrontare il problema identificato
Costruzione strumenti per applicare nuovi comportamenti	Predisposizione di protocolli, procedure, checklist, materiali divulgativi...
Messa in atto del cambiamento	Applicazione di linee guida/procedure, adozione di nuove pratiche lavorative o nuovi modelli organizzativi
Monitoraggio del cambiamento	Descrizione delle modalità e/o degli strumenti da utilizzare per il monitoraggio del cambiamento
Valutazione dell'impatto del cambiamento	Indicazione dei risultati attesi in termini di prestazioni, di ricaduta sul paziente o sull'organizzazione e le relative modalità di valutazione
Produzione di relazione finale, protocolli, documenti operativi e/o innovativi	Stesura di report o i risultati finali del lavoro del gruppo
Raccolta sistematica dati	Monitoraggio nel tempo delle nuove attività e degli esiti sui pazienti

**Tabella 6.** Le fasi di lavoro del gruppo di miglioramento.

tra rigore e flessibilità.

Il rigore – metodologico – è stato mantenuto attraverso tre cardini: il **format**, la **consulenza**, la **valutazione**. Questi elementi sono stati pensati nell'intento di prevenire la “fluidità” di progetti nati da “non formatori” e slegati dalla programmazione generale: all'esordio dell'organizzazione della FSC era difficilmente pensabile che un operatore poco avvezzo alla progettazione didattica potesse cimentarsi da solo in un processo sofisticato come quello

della FSC. Si temeva la realizzazione di attività formative di bassa qualità, incoerenti e lontane dalla soluzione dei problemi. Alla fine questi tre elementi si sono rivelati di per sé formativi per tutte le parti interessate.

Il **format** vincola i partecipanti al metodo universale della progettazione formativa, passato dalle mani del formatore al professionista.

D'altra parte la conformità alle indicazioni del format non garantisce da sola la qualità dei progetti



formativi: la **consulenza**, offerta da sempre dal Servizio Formazione, su quesiti tecnici specifici e sull'insieme dell'azione formativa, ha dato feedback preziosi con il risultato di un ulteriore contributo all'apprendimento (di contenuti, di competenze, di metodo).

Il terzo cardine del rigore è la **valutazione** da parte del comitato sopraccitato che garantisce l'appropriatezza del progetto attraverso contributi multi-professionali e punti di vista esperti.

La flessibilità dell'intervento sta nell'aver lavorato "nell'ombra", senza intervenire nell'identificazione dei bisogni e nei contenuti della progettazione. Ciò ha responsabilizzato gli operatori rispetto alla propria formazione e ha portato a cambiamenti nel Servizio Formazione stesso che, infatti, ha cominciato ad uscire dalla logica di "dogana della formazione" e da quella del "corsificio" per entrare in quella di progetti formativi ad ampio respiro, in cui le metodologie sono utilizzate tutte senza precedenti e senza pregiudizi (formazione *blended*).

Il gran numero di progetti ben controllati, e quindi molto probabilmente di qualità, non è l'unico risultato della FSC così come gestita a Trento, ma ve sono molti altri su cui riflettere:

- Le scelte gestionali aiutano a condividere le responsabilità tra clinica e formazione: il formatore si prende maggiore responsabilità sugli effetti della formazione e il professionista sul processo formativo, con crescita e riconoscimento reciproci; negli operatori può crescere un atteggiamento diverso, di responsabilità, verso la propria formazione (*self directed learning*).
- Prevedere l'esplorazione delle risorse conoscitive (v. fase di analisi e studio nella tabella 6) e la riflessione in gruppo sul proprio lavoro valorizza l'imparare rispetto all'insegnare (senza mettere le attività in ordine di priorità) e favorisce la negoziazione dei ruoli con riduzione delle gerarchie facendo sì che tutti imparino da tutti diventando reciprocamente partner di apprendimento.
- Partire dai problemi del lavoro può aiutare a modificare l'atteggiamento verso pratiche di bassa qualità ed eventuali errori, che si possono analizzare in gruppo e utilizzare per l'apprendimento, uscendo dalla mentalità del nascondere

o stigmatizzare; può migliorare la comprensione della realtà lavorativa, aumentando la responsabilità verso l'organizzazione.

- La FSC, naturalmente e senza imposizioni dall'alto, ha portato ad un aumento dei progetti multi-professionali e multidisciplinari.
- La durata dei gruppi di miglioramento è sicuramente più compatibile con i tempi lunghi dell'apprendimento (*student centered*).

Tutti le caratteristiche indicate possono contribuire a rendere veramente continua la formazione (*life-long learning*).

Seguendo la discussione della premessa sul tema della valutazione, la FSC non è tanto interessata ad esplorare sul singolo l'efficacia rispetto alle conoscenze, quanto quella a livello collettivo e di team rispetto agli esiti, oltre ad andare anche, con curiosità, a ricercare gli effetti inattesi della formazione. Tutto ciò è stato motivo di crescita anche per il Servizio Formazione spinto a lavorare sul tema della valutazione in modo complessivo, con importanti cambiamenti nelle modalità di valutazione anche della formazione residenziale.

Il Servizio Formazione non prevede il monitoraggio - raggiungimento obiettivi previsti, non previsti, difficoltà durante il progetto con necessità di consulenza, altro - dei progetti e questa concessione alla flessibilità, a posteriori, purtroppo impedisce di fare più accurate valutazioni del percorso.

#### 4. CONCLUSIONI

Le caratteristiche costitutive della FSC sono particolarmente rilevanti per un sistema ECM efficace: si tratta di una metodologia infatti ben ancorata alle teorie dell'apprendimento dell'adulto, mai disgiunta dalla pratica clinica, né nella dimensione temporale né in quella spaziale, e focalizzata prevalentemente sulle competenze, sulle prestazioni e sugli esiti di salute dei pazienti.

L'esperienza della FSC a Trento può offrire un contributo all'arricchimento delle metodologie formative e dei sistemi di apprendimento.

I numeri di Trento dicono che questa formazione è fattibile e, soprattutto, può essere metodologicamente e qualitativamente "buona", anche se delegata in parte a "non formatori".

I suoi vantaggi sono tali e tanti, sul singolo e sull'organizzazione, che meriterebbe di essere praticata di più. Ciò comporterebbe, oltre a sfruttarne appieno i benefici, l'opportunità di un confronto tra centri di formazione e l'attivazione di percorsi di ricerca e di valutazione per evitare il rischio di autoreferenzialità, particolarmente grave nella formazione. Cionondimeno, non si propone la FSC come unica metodologia formativa ECM, anzi il suggerimento è di considerarla in affiancamento alle altre modalità, ognuna per le proprie specificità.

## 5. BIBLIOGRAFIA

- [1] AGENAS. FSC e criteri per l'assegnazione dei crediti ECM alle attività di FSC. In: [http://ape.agenas.it/documenti/3\\_Formazione\\_sul\\_campo.pdf](http://ape.agenas.it/documenti/3_Formazione_sul_campo.pdf)
- [2] Davis N., Davis D., Bloch R. Continuing medical education: AMEE Education Guide No 35. *Medical Teacher*, 2008, 30: 652-666.
- [3] Marzano A. La formazione sul campo e le comunità di pratica nella formazione continua delle professioni sanitarie. In: Ghislandi P. *Comunità di pratica per l'educazione continua in sanità*. Trento: Erickson, 2011.
- [4] Asch S.M. Who is at greater risk for receiving poor-quality health care? *NEJM*, 2006, 354(11): 1147-1156.
- [5] Grol R., Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patient's care. *Lancet*, 2003, 362(9391): 1225-1230.
- [6] Forsetlund L., Bjørndal A., Rashidian A., Jamtvedt G., O'Brien M.A., Wolf F.M., Davis D., Odgaard-Jensen J., Oxman A.D. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Review). *The Cochrane Library*, 2012, Issue 11.
- [7] Davis D., O'Brien M.A., Freemantle N., Wolf F.M., Mazmanian P., Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA*, 1999, 282(9):867-874.
- [8] Mansouri M., Lockyer J. A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. *Journal of continuing education in health professions*, 2007, 27(1): 6-15.
- [9] Knowles M.S. *Quando l'adulto impara*. Milano: Franco Angeli, 1996.
- [10] Horseley T., Grimshaw J., Campbell C. *How to create conditions for adapting physicians' skills to new needs and lifelong learning*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010.
- [11] Olson C.A., Tooman T.R. Didactic CME and practice change: don't throw that baby out quite yet. *Adv in Health Sci Educ*, 2012, 17:441-451. DOI 10.1007/s10459-011-9330-3
- [12] Heffner J.E. Altering physician behavior to improve clinical performance. *Topics in Health Information Management*, 2001, 22(2): 1-9.
- [13] Smith M.D., Schmitz T.K. Epitaph for the Lone Ranger, MD: Adapting continuing medical education to the twenty-first century. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2004, 24(Suppl 1): S9-S12.
- [14] Fox R.D., Bennett N.L. Learning and change: Implications for continuing medical education. *BMJ*, 1998, 16(7129): 466-468.
- [15] Moore D.J., Green J., Gallis H. Achieving desired results and improved outcomes: integrating planning and assessment throughout learning activities. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2009, 29(1): 1-15.
- [16] Schoen D.A. *Il professionista riflessivo*. Bari: Dedalo, 1983.
- [17] Kolb D.A. *Experiential learning*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1984.
- [18] Carli R., Panicia R.M. *Psicologia della formazione*. Bologna: Il Mulino, 1999.